



# 癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
8	外科		結腸,大腸癌	CPT-11+(LV/ 5FU)	Day カプト 100mg/m <sup>2</sup> アイホリン 250mg/m <sup>2</sup> 5-FU 600mg/m <sup>2</sup> 1 ~8 ~15~29 ~ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 週1回3週間投与14日間休薬	
9	外科		乳癌	classical CEF (CPA経口)	Day エンドキサンP (50)2T ファルモルビシン 60mg/m <sup>2</sup> 5-FU 500mg/m <sup>2</sup> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14~28 ↓ ×4~6 エンドキサン14日間投与、 ファルモルビシン・5-FU 週1回2週間投与14日間休薬	ファルモルビシンは20~90mg/m <sup>2</sup> の範囲 ファルモルビシンの代わりにビノルビン30 ~40 mg/m <sup>2</sup> の投与方法あり。 ファルモルビシンは累積投与量900mg/m <sup>2</sup> を越えない。 ビノルビンは累積投与量950mg/m <sup>2</sup> を 越えない。(本剤700mg/m <sup>2</sup> を越える 前治療者は慎重投与)
10	外科		乳癌	classical CMF	Day エンドキサンP 100mg/m <sup>2</sup> メトトレキサート 40mg/m <sup>2</sup> 5-FU 600mg/m <sup>2</sup> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14~28 ↓ ×6 エンドキサン2週間投与、 メトトレキサート・5-FU 週1回2週間投与14日間休薬	前投薬・輸液ラインは、登録票を 参照。
11	外科		乳癌 胃癌	Weekly トセタキセル (タキソテル)	Week タキソテル 30(25~35)mg/m <sup>2</sup> 1 ~2 ~3 ~4 ~5 ~6 ~7 ~8 ... ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓ (休) 週1回3週間投与7日間休薬	タキソテルは、浮腫のある患者様には 慎重投与。(当院では禁忌) 累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超え ると浮腫の発現頻度が高まる、末梢 神経障害、爪の変形、流涙あり。
12	外科 泌尿器		乳癌 (前立腺癌)	Monthly トセタキセル (タキソテル)	Day タキソテル 60~75mg/m <sup>2</sup> 1 ~31 ↓ ×4~8 月1回投与 前立腺癌では70mg/m <sup>2</sup> (1回目投与後21日休薬) 使用する (2010.9.13) プロトコールNo.72に登録	1クール3週の場合あり。 タキソテルは、浮腫のある患者様には 慎重投与。(当院では禁忌) 累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超え ると浮腫の発現頻度が高まる、末梢 神経障害、爪の変形、流涙あり。
13	外科		乳癌	ハセプチン (+トセタキセル) (タキソテル)	Day ハセプチン 4mg/kg ハセプチン 2mg/kg タキソテル 20mg/m <sup>2</sup> 1 ~2 ~8 ~15~22~29~36~43~... ↓ ハセプチン週1回投与タキソテル、「Weeklyタキソテル」 (ハセプチンはLoading doseとして第1日目のみ4mg/kg)	遠隔転移を伴う進行乳癌および 再発乳癌 ハセプチンは、アトマイクシン系薬剤との 併用は禁忌。 タキソテルは、浮腫のある患者様には 慎重投与。(当院では禁忌) 累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超え ると浮腫の発現頻度が高まる、末梢 神経障害、爪の変形、流涙あり。 投与前30分にボラシ錠ボルトシ錠 を内服 (ボラシ錠は代替予定)

## 癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
14	外科		膵癌 Systemic	ジェムサル(+CDDP)	Day ジェムサル 1000mg/m <sup>2</sup> ランダ 6mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ . . . ジェムサル週1回3週間投与7日間休薬 ランダ Low dose投与法 (5日間投与2日間休薬) で併用	ジェムサルは30分かけて点滴静注。 (60分以上かけると副作用増強)
15	泌尿器科		進行尿路 上皮癌 (膀胱癌・ 腎盂尿管癌)	M-VAC療法	Day メトトレキサート 30mg/m <sup>2</sup> オンコビン 1mg/m <sup>2</sup> ファルモルビシン 30mg/m <sup>2</sup> ランダ 70mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ 1 ~ 2 ~ 15 ~ 22	患者様の年齢・腎機能・容態等によりdoseを減量する場合あり。 15、22日のメトトレキサート、オンコビンはWBC、血小板数減少、口内炎などの副作用にて中止する事あり。 ファルモルビシンは累積投与量900mg/m <sup>2</sup> を越えない。 オンコビンは1回量2mgを超えない。
16	外科		肝細胞癌	肝動注 low dose FP療法	Day ランダ 10mg/body 5-FU 250mg/body ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 1 2 3 4 5 6 7 ×3~4 5日間投与2日間休薬	ランダの代わりにアゼーコールを分注すること有り。
17	外科		肝細胞癌	肝動注FEM療法	Day 5-FU 250mg/body ファルモルビシン 20~30mg/body マイトマイシンS 6~8mg/body ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 1 2 3 4 5 6 7 ×3~4 5-FUは5日間投与2日間休薬 ファルモルビシンとマイトマイシンSは第1日目のみ	ファルモルビシンは累積投与量900mg/m <sup>2</sup> を越えない。
18	内科		多発性 骨髄腫	DMVM-1療法	Day デカドロン 40mg/body アルケラン 8mg/m <sup>2</sup> オンコビン 1.2mg/m <sup>2</sup> サイメリン 40mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 1 2 3 4 5 6 7	投与期間は、患者様の状態に応じて変更する。 オンコビンは1回量2mgを超えない。
19	内科		横紋筋肉腫	VAdrC-V	Day アドリアシン 30mg/body エンドキサン 200mg/body ↓ ↓ ↓ 1 ~ 15 ~ 30	投与期間・用量は、患者様の状態に応じて変更する。 アドリアシンは累積投与量500mg/m <sup>2</sup> を越えない。 VACA d療法の変法
20	外科		肝細胞癌	外来週1回肝動注 FEM	Day 5-FU 250mg/body ファルモルビシン 20~30mg/body マイトマイシンS 6~8mg/body ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 週1回4週間投与	ファルモルビシンは累積投与量900mg/m <sup>2</sup> を越えない。 外来動注
21	内科		慢性リンパ性 白血病	low dose Flu+CPA	Day フルダラ 15mg/m <sup>2</sup> エンドキサン 200mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 1 2 3 4 ~ 28 ×最高5クール フルダラとエンドキサンを4日間投与、1クール28日	

# 癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考	
22	内科		悪性リンパ腫	CHOP-E療法	Day エドキシカン 750mg/m <sup>2</sup> 1 アドリアシン 50mg/m <sup>2</sup> ↓ オコピン 1.4mg/m <sup>2</sup> ↓ プレドニソ 50mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ラステット 100mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (↓) ↓	×6~8 G-CSFを併用し、3週毎に6~8コース繰り返す。 高齢者では、各投与量を約70%に減量する。 CLLに使用(アドリアシンOFF)する場合もある。 他、患者様の状態に応じて用法・用量を変更する。 アドリアシンは累積投与量500mg/m <sup>2</sup> を越えない。 オコピンは1回量2mgを超えない。	
23	内科		慢性リンパ性白血病	2-CdA+MIT	Day ロイスタチン 0.09mg/kg 1 2 3 4 5 ~ 28 ハントロン 7mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (↓) (↓)	×3 ロイスタチンは3日間または5日間投与ハントロンは第1日目のみ 4週間毎、3コース	ロイスタチンは2時間点滴で3日間または5日間投与。 4週間毎に3コース行い、患者様の状況によりコースを続けるか否かを判断する。 ハントロンは累積投与量160mg/m <sup>2</sup> (従前にアントサイクリン系薬剤未使用の場合)を越えると、うつ血性心不全の発現頻度が高まる。(本剤100mg/m <sup>2</sup> を越える前治療者も慎重投与)
24	内科		悪性リンパ腫(高齢者)	THP-COP療法	Day エドキシカン 500mg/m <sup>2</sup> 1 ビルビリン 30mg/m <sup>2</sup> ↓ オコピン 1mg/m <sup>2</sup> ↓ プレドニソ 30mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	×6コース以上 エドキシカン、ビルビリン、オコピンは第1日目のみ プレドニソは5日間投与	血球数と年齢により、エドキシカンとビルビリンの用量を調節する。 ビルビリンは累積投与量950mg/m <sup>2</sup> (従前にアントサイクリン系薬剤未使用の場合)を越えると、うつ血性心不全の発現頻度が高まる。(本剤700mg/m <sup>2</sup> を越える前治療者も慎重投与) オコピンは1回量2mgを超えない。
25	内科		悪性リンパ腫(高齢者)	R-THP-COP療法	Day リツキサン 375mg/m <sup>2</sup> 1 エドキシカン 500mg/m <sup>2</sup> ↓ ビルビリン 30mg/m <sup>2</sup> ↓ オコピン 1mg/m <sup>2</sup> ↓ プレドニソ 30mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	×6~8コース リツキサンは第1日目のみ エドキシカン、ビルビリン、オコピンは第3日目のみ プレドニソは3日目から5日間投与 原則的に3週間隔で投与、6~8コース行う	血球数と年齢により、エドキシカンとビルビリンの用量を調節する。 ビルビリンは累積投与量950mg/m <sup>2</sup> (従前にアントサイクリン系薬剤未使用の場合)を越えると、うつ血性心不全の発現頻度が高まる。(本剤700mg/m <sup>2</sup> を越える前治療者も慎重投与) オコピンは1回量2mgを超えない。 リツキサンはinfusion reactionの発現に注意(前投薬投与・患者様観察)



# 癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
32	外科	岡部 正之	進行胃癌 胃癌再発 胃癌再発肝 転移	タキテール+TS-1	Day TS-1(経口) 80mg/m <sup>2</sup> /日,分2 1 ~ 14 ~ 21 ↓ ↓ (連日投与) ] 1クール ↓ タキテール 60(又は40)mg/m <sup>2</sup> ↓ タキテールは第1日目のみ TS-1は2週間連日投与7日間休薬を1クール	タキテールは、浮腫のある患者様には 慎重投与。(当院では禁忌) 累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超え ると浮腫の発現頻度が高まる、末梢 神経障害、爪の変形、流涙あり。 TS-1は、投与間隔に注意する。
33	耳鼻 咽喉科		頭頸部癌	TXT+CDDP+5FU 併用療法	Week 1 ~ 4 ↓ (休) タキテール 60mg/m <sup>2</sup> ↓ ランタ 60mg/m <sup>2</sup> ↓ 5-FU 600mg/m <sup>2</sup> ↓ ] 1コース ↓ 第1日目のみ4週間休薬を1コース	何コースが行う場合は、4週間隔 をあけて。 タキテールは、浮腫のある患者様には 慎重投与。(当院では禁忌) 累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超え ると浮腫の発現頻度が高まる、末梢 神経障害、爪の変形、流涙あり。 前投薬・輸液ラインは、登録票を 参照。
34	外科		切除不能 再発胃癌	TS-1/Weekly CDDP	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 21 22 ~ 35 ↓ ~ (連日投与) ~ ↓ (休) TS-1(経口)80~120mg/body/日,分2 ↓ ↓ ランタ 25mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ] 1コース ↓ ランタは週1回3週間投与 TS-1は3週間連日投与14日間休薬を1コース	TS-1は、投与間隔に注意する。
35	外科		乳癌	FEC	Day 1 ~ 21 ↓ ファルモルビシン 60~100mg/m <sup>2</sup> ↓ エドキシカン 500mg/m <sup>2</sup> ↓ 5-FU 500mg/m <sup>2</sup> ↓ ] 1クール ↓ 第1日目のみ20日間休薬を1クールとし4~6回	ファルモルビシンは累積投与量900mg/m <sup>2</sup> を越えない。 前投薬・輸液ラインは、登録票を 参照。
36	耳鼻 咽喉科		頭頸部 悪性腫瘍	CBDCA+5-FU療法	Day 1 2 3 4 5 ~ 28 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ パラプラチン(DIV 2H.) 300mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 5-FU (DIV 12H.) 300mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 5-FU (DIV 24H.) 600mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ] 1クール ×2 ↓ パラプラチンは第1日目のみ 5-FUは5日間投与、1クール28日を2回	対象：悪性リンパ種および声門癌 T <sub>1</sub> 症例を除く全ての頭頸部悪性 腫瘍で以下の条件を満たすもの。 WBC ≥ 3,500 PLATELET ≥ 100,000 CREATINE CLEARANCE ≥ 60 BILIRUBIN ≤ 1.5 腎機能による用量の変更 Cr.CLEARANCE 用量 60 ≤ ⇒ 300mg/m <sup>2</sup> 41~59 ⇒ 200mg/m <sup>2</sup> 前投薬・輸液ライン・検査日程 は、登録票を参照。

# 癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
37	外科		大腸癌 肝転移 肺転移	CPT-11 (静注) +肝動注(5FU)	Day カプト 80mg/m <sup>2</sup> ↓ 5-FU 250mg/body ↓ 1 2 3 4 5 6 7 カプトは週1回3週間投与14日間休薬 5-FUは週4回3週間投与14日間休薬	1クール終了後に効果判定、継続の判断をする。前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。 5-FUは、週1回(2日目のみ)500mg/bodyの場合あり。
38	外科		乳癌	Weeklyパクリタセル (タキソール)	Week タキソール 80~100mg/m <sup>2</sup> ↓ 1~2~3~4~5~6~7~8... (休) ↓ ↓ (休) 週1回3週間投与7日間休薬	過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(タキソール投与30分前迄)する。 白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、タキソール投与を延期すること。 末梢神経障害あり。シブチン(ランダ)治療歴または併用する場合に増強する可能性あり。(用量規制因子) 投与開始後10分間は頻回にバタルサインのモニタリングを行うこと。 必ずタキソール専用の点滴セットを使用。
39	外科		乳癌	AC	Day アドリアシン 60mg/m <sup>2</sup> ↓ エンドキサン 600mg/m <sup>2</sup> ↓ 1 ~ 21 第1日目のみ20日間休薬を1クール	アドリアシンは累積投与量500mg/m <sup>2</sup> を越えない。 前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。
40	外科		乳癌	CAF	Day アドリアシン 50mg/m <sup>2</sup> ↓ エンドキサン 500mg/m <sup>2</sup> ↓ 5-FU 500mg/m <sup>2</sup> ↓ 1 ~ 21 第1日目のみ20日間休薬を1クール	アドリアシンは累積投与量500mg/m <sup>2</sup> を越えない。 前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。
41	外科		乳癌	3週毎パクリタセル (タキソール)	Day タキソール 175~210mg/m <sup>2</sup> ↓ 1 ~ 21 第1日目のみ20日間休薬を1クール	過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(タキソール投与30分前迄)する。 白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、タキソール投与を延期すること。 末梢神経障害あり。シブチン(ランダ)治療歴または併用する場合に増強する可能性あり。(用量規制因子) 投与開始後10分間は頻回にバタルサインのモニタリングを行うこと。 必ずタキソール専用の点滴セットを使用。

癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考	
42	外科		乳癌	トラスツマブ + パクリタセル (タキソール)	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 ~ 36 ~ 43 ~ 50 . . . ↓ ハセプチン 4mg/kg ハセプチン 2mg/kg タキソール 80mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓	遠隔転移を伴う進行乳癌および再発乳癌 ハセプチンは、アントサイクリン系薬剤との併用は禁忌 過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(タキソール投与30分前迄)する。 白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、タキソール投与を延期すること。 末梢神経障害あり。シスプラチン(ランダ)治療歴または併用する場合に増強する可能性あり。(用量規制因子) 投与開始後10分間は頻回にバイタルサインのモニタリングを行うこと。 必ずタキソール専用の点滴セットを使用。	
43	外科		大腸癌再発	UFT/LV/CPT-11	Day 1 ~ 15 ~ 21 22 ~ 28 カプト 150mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ UFT (経口)300mg/m <sup>2</sup> /日(分3) ↓ (連日投与) ↓ (休) ロイコリン(経口)75mg/body/日(分3) ↓ (連日投与) ↓ (休) カプトは第1日目と第15日目 UFTとロイコリンは3週間連日投与1週間休薬を1クール	前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。	
44	外科	岡部 正之	結腸・直腸癌	FOLFOX 4	Day 1 2 ~ 14 エルプラット 85mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) レボリナート 100mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) 5-FU(急速静注) 400mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) 5-FU(持続静注) 600mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) 第1日目: 別々のバッグから5%ブドウ糖溶液に溶解したエルプラット85mg/m <sup>2</sup> 及びレボリナート100mg/m <sup>2</sup> を2時間かけて点滴静注する。 その後5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU400mg/m <sup>2</sup> を15分以内で急速静注(5-FU単独の場合は2~4分間)し、引き続き5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU600mg/m <sup>2</sup> を22時間かけて持続静注する。 エルプラットは第1日目のみ。 第2日目: 5%ブドウ糖溶液に溶解したレボリナート100mg/m <sup>2</sup> を2時間かけて点滴静注する。 その後5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU400mg/m <sup>2</sup> を15分以内で急速静注(5-FU単独の場合は2~4分間)し、引き続き5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU600mg/m <sup>2</sup> を22時間かけて持続静注する。	1クール	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に適応。 副作用回避の為、必ず前投薬を実施(エルプラット投与30分前迄)する。 エルプラットと生食の混合は力価が低下するので避ける。レボリナート及び5-FUの溶解液には、5%ブドウ糖溶液が推奨される。



癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
45	外科		再発大腸癌 肝、肺転移	m-FOLFOX 6	Day 1 ~ 14 エルブラット 85mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) アイボリン 200mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(急速静注) 400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(持続静注) 2400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 1クール 別々のバッグから5%ブドウ糖溶液に溶解したエルブラット85mg/m <sup>2</sup> 及びレボホリナート200mg/m <sup>2</sup> を2時間かけて点滴静注する。 その後5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU400mg/m <sup>2</sup> を15分以内で急速静注(5-FU単独の場合は2~4分間)し、引き続き生食に溶解した5-FU2400mg/m <sup>2</sup> を46時間かけて持続静注する。	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に適応。 副作用回避の為、必ず前投薬を実施(エルブラット投与30分前迄)する。 エルブラットと生食の混合は力価が低下するので避ける。レボホリナート及び5-FUの溶解液には、5%ブドウ糖溶液が推奨される。
46	内科	武富 章	非小細胞性肺癌	TS-1/CDDP for NSCLC	Day 1 ~ 8 ~ 21 22 ~ 35 TS-1(経口)80~120mg/body/日,分2 ↓(連日投与) ↓ (休) ランガ 60mg/m <sup>2</sup> ↓ 1クール ランガは第8日目に1回投与 TS-1は3週間連日投与14日間休薬を1コース以降、この5週のサイクルを繰り返す	NSCLCに対するchemotherapyは間質性肺炎などの肺障害をきたしやすことに注意。
47	外科	岡部 正之	切除不能 進行胃癌	Triweekly CPT-11 +TS-1	Day 1 ~ 14 ~ 21 TS-1(経口) 80mg/m <sup>2</sup> /日,分2 ↓(14日連日投与) ↓ (休) カプト 100mg/m <sup>2</sup> ↓ 1クール	
48	耳鼻咽喉科		頭頸部 悪性腫瘍	CDDP+TS-1 (daily)	Day 1 2 3 4 5 6 7 ランガ 10mg/body ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ×2週 TS-1 80~120mg/m <sup>2</sup> /日分2 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ 1クール ランガは5日間投与2日間休薬、TS-1は1週間投与する。 これを2週間で1クールとする。 TS-1は1クール後も継続することあり(28日間迄) 1クール終了後、1ヶ月間の休薬期間をおく。	TS-1の投与量 < 1.25m <sup>2</sup> . . . 40mg/回 1.25 ~ 1.5m <sup>2</sup> . . . 50mg/回 > 1.5m <sup>2</sup> . . . 60mg/回 クール数は、患者様の状態に応じて続けられる限り。
49	外科		進行・再発 大腸癌	FOLFIRI	Day 1 ~ 14 カプト 150mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) アイボリン 200mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(急速静注) 400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(持続静注) 2400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 1クール 5%ブドウ糖溶液に溶解したカプト150mg/m <sup>2</sup> 及びレボホリナート200mg/m <sup>2</sup> を2時間かけて点滴静注する。 その後5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU400mg/m <sup>2</sup> を15分以内で急速静注(5-FU単独の場合は2~4分間)し、引き続き生食に溶解した5-FU2400mg/m <sup>2</sup> を46時間かけて持続静注する。	前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。

## 癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考		
50	外科	岡部 正之	食道癌	5-FU+Nedaplatin (アプラ)	Day アプラ 60mg/m <sup>2</sup> 5-FU 400mg/m <sup>2</sup>	1 2 3 4 5 ~ 28 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ アプラは第1日目のみ、5-FUは5日間投与 4週間休薬を1コース。これを繰り返す。	1クール 前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。	
51	外科		胃癌	Weeklyタソール (パクリタセル) +TS-1	Day タソール 50mg/m <sup>2</sup> TS-1(経口) 80mg/m <sup>2</sup> /日,分2 (TS-1は14日連日投与7日休薬)	1 ~ 8 ~ 14 ~ 21 ↓ ↓ ↓ (休) (休) (休)	1コース 過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(タソール投与30分前迄)する。 白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、タソール投与を延期すること。 末梢神経障害あり。シブチン(ランダ)治療歴または併用する場合に増強する可能性あり。(用量規制因子)投与開始後10分間は頻回にバイタルサインのモニタリングを行うこと。 必ずタソール専用の点滴セットを使用。	
52	内科		非小細胞性肺癌	I P	Day ランダ 60mg/m <sup>2</sup> カプト 60mg/m <sup>2</sup>	1 ~ 8 ~ 15 ~ 28 ↓ ↓ ↓ ↓ 休 休 休 休 カプトは週1回3週間投与。1週間休薬。 ランダは第1日目のみ。 以上、4週毎を1コースとし、4~6コース	4週目の休薬はない場合有り。	
53	外科		切除不能大腸癌	FOLFIRI+アバスチン	Day アバスチン 5mg/kg カプト 150mg/m <sup>2</sup> レボホリナート 200mg/m <sup>2</sup> 5-FU(急速静注) 400mg/m <sup>2</sup> 5-FU(持続静注) 2400mg/m <sup>2</sup>	1 ~ 14 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ (休) (休) (休) (休) (休)	1クール アバスチン5mg/kgを90分間(初回投与時)かけて点滴静注する。(良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。) 5%ブドウ糖溶液に溶解したカプト150mg/m <sup>2</sup> 及びレボホリナート200mg/m <sup>2</sup> を2時間かけて点滴静注する。 その後5%ブドウ糖溶液に溶解した5-FU400mg/m <sup>2</sup> を15分以内で急速静注(5-FU単独の場合は2~4分間)し、引き続き生食に溶解した5-FU2400mg/m <sup>2</sup> を46時間かけて持続静注する。	前投薬・輸液ラインは、登録票を参照。 アバスチンの点滴速度は、患者の状態を考慮し左記の様に変更出来る。

癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
54	外科	岡部 正之	手術不能又は再発乳癌	ナベルピン	Day 1 ~ 8 ~ 15 ナベルピン 20~25mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) 1クール 1回25mg/m <sup>2</sup> を1週間間隔で2週連続投与し、3週目休薬 3週間を1クールとする。	白血球減少による死亡例のため、頻回に臨床検査実施して患者の状態を十分に観察。 生食又は5%ブドウ糖50mlで希釈し、6~10分かけて投与、投与後は補液等により薬液を十分洗い流す。
55	外科	岡部 正之	手術不能又は再発乳癌	ナベルピン+ハーセプチン	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 ~ 36 ~ 43 ~ 50 . . . ハーセプチン 4mg/kg ↓ ハーセプチン 2mg/kg ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ナベルピン 20~25mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) ↓ ↓ (休) ↓ ↓ (休)  ナベルピンは1回25mg/m <sup>2</sup> を1週間間隔で2週連続投与し、3週目休薬 3週間を1クールとする。 ハーセプチン週1回投与 (ハーセプチンはLoading doseとして第1日目のみ4mg/kg)	ナベルピンは白血球減少による死亡例のため、頻回に臨床検査実施して患者の状態を十分に観察。 生食又は5%ブドウ糖50mlで希釈し、6~10分かけて投与、投与後は補液等により薬液を十分洗い流す。 ハーセプチンは、アントサイクリン系薬剤との併用は禁忌
56	外科		胃癌	TriweeklyCDDP+TS-1 (daily)	Day 1 ~ 7 ~ 14 ~ 21 TS-1(経口) 80~120mg/m <sup>2</sup> /日,分2 ↓ ~ ↓ (休) (14日間投与7日休薬) ランタ 40~60mg/m <sup>2</sup> ↓ (8日目投与)  ランタは第8日目に1回投与 TS-1は2週間連日投与7日間休薬を1コース以降、21日を1クールとし、このサイクルを繰り返す	TS-1の投与量 < 1.25m <sup>2</sup> . . . 40mg/回 1.25 ~ 1.5m <sup>2</sup> . . . 50mg/回 > 1.5m <sup>2</sup> . . . 60mg/回  クール数は、患者様の状態に応じて続けられる限り。
57	外科		切除不能大腸癌	I-LV/5FU+アバスタ	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 ~ 36 ~ 43 ~ 50 レボリナト 250mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ (休) 5-FU 600mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ (休) アバスタ 5~10mg/kg ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓  LV/5FUは週1回6週間投与14日間休薬 アバスタは2週間毎に投与 アバスタ5mg/kgを90分間(初回投与時)かけて点滴静注する。(良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。)	(重篤な副作用) 消化管穿孔、血栓塞栓症、出血

癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
58	外科		EGFR陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	アビタックス+CPT-11	<p>a) 毎週投与法 <span style="float:right">次クール開始</span></p> <p>Day 1 ~8 ~15~22~29~36~ 43</p> <p>アビタックス 400mg/m<sup>2</sup> ↓</p> <p>アビタックス 250mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ (休) (休) ↓</p> <p>カプト 100mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ (休) (休) ↓</p> <p>(b) 2週間間隔投与法 <span style="float:right">次クール開始</span></p> <p>Day 1 ~8 ~15~22~29~36~ 43~50</p> <p>アビタックス 400mg/m<sup>2</sup> ↓</p> <p>アビタックス 250mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休) ↓</p> <p>カプト 150mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休) ↓</p> <p>アビタックスは週1回投与とし、初回投与量400mg/m<sup>2</sup> (2時間点滴静注)、維持投与量250mg/m<sup>2</sup> (1時間点滴静注)を投与する。 カプトは毎週投与法(a)と2週間隔投与法(b)どちらかで投与する。3~4回投与し、その後3週間休薬する。</p>	アビタックスは重度のinfusion reactionが発現する可能性がある。症状としては、気管支痙攣、蕁麻疹、低血圧、意識障害、ショックがあらわれ、心筋梗塞、心停止も報告されている。
59	内科	古賀 康秀	非小細胞肺癌・小細胞肺癌	アムビシシ塩酸塩	<p>Day 1 2 3 ~ 29 (1) 2 3</p> <p>カプト 40mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓</p> <p>カプトは1日1回3日連日静注後21~28日間休薬(1クール)。投与後7日~21日は血液検査を週2回以上実施(必要に応じて、G-CSF製剤を投与)</p>	約20mLの生食又は5%糖液に溶解すること。 「警告」間質性肺炎の増悪、重篤な骨髄抑制に起因する重篤な感染症(敗血症、肺炎等)により死亡例の報告。投与中に感染徴候に留意し、異常が認められた場合には投与中止。
60	外科		胃癌	biweekly カプト	<p>Day 1 ~15 ~29 (14日を1クール)</p> <p>カプト 100mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓</p> <p>カプトは第1日目と第15日目(14日休薬)</p>	
61	泌尿器科	多田 勝	膀胱腫瘍	膀胱注入療法	<p>Day 1 ~8 ~15 (7日を1クール)</p> <p>ピルビシ 40mg/Body ↓ ↓ ↓</p> <p>膀胱刺激症状が強い場合は20mgに減量や2週1回に頻度を落とす場合がある。</p>	5%ブドウ糖または蒸留水を使用すること。多剤との混合は不可。
62	内科	古賀 康秀	肺小細胞癌	PE療法	<p>Day 1 ~2 ~3 ~ 29 (1) 2 3</p> <p>エトポシド 80mg/m<sup>2</sup> ↓ 休 休 ↓ ↓ ↓</p> <p>エトポシド 100mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓</p> <p>エトポシドは3日連続静注後21日~28日休薬(1クール)</p>	4週目の休薬はない場合有り。 PVCフリー輸液の使用

癌化学療法プロトコール一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコール名	使用薬剤とスケジュール	備考
63	泌尿器科	多田 勝	膀胱腫瘍	BCG膀胱注入療法	Day イムスト膀胱用 81mg/Body 1 ~ 8 ~ 15 (7日を1クール) 週1回7日間休薬 (1クール) 6~8週使用	80mgを3ml加え懸濁、さらに生食40mlを加え希釈液を調整、尿道カテーテルにより希釈液注入
64	外科		切除不能 大腸癌 胃癌 (2015年7月追加)	XELOX療法	Day エルプラット 130mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 14 ~ 21 (休) ゼローダ 300 (1000mg/m <sup>2</sup> /回), ↓ ~ ↓ (休) ↓ (14日連続投与7日休薬) エルプラットは第1日目のみ20日間休薬を1クール 胃癌に使用する場合はアバスチンの使用は認められない。	悪心、嘔吐、食欲不振などの消化器症状があらわれるので、5-HT3受容体拮抗剤、テキメタゾンの前処置が必要。 ゼローダは体表面積に合わせて投与量を決めて、朝夕食後30分以内に1日2回服用 (下記参照)。
65	外科		切除不能 大腸癌	XELOX療法+ BV療法	Day アバスチン 7.5mg/kg エルプラット 130mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 14 ~ 21 (休) ↓ (休) ↓ ゼローダ 300 (1000mg/m <sup>2</sup> /回), ↓ ~ ↓ (休) ↓ (14日連続投与7日休薬) アバスチン、エルプラットは第1日目のみ20日間休薬 (1クール) アバスチン5mg/kgを90分間 (初回投与時) かけて点滴静注する。(良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。)	アバスチンの点滴速度は、患者の状態を考慮し左記の様に変更出来る  ゼローダの投与量 (1錠300mg) 1.36m <sup>2</sup> 未満・・・1200mg/回 1.36~1.66m <sup>2</sup> ・・・1500mg/回 1.66~1.96m <sup>2</sup> ・・・1800mg/回 1.96m <sup>2</sup> 以上・・・2100mg/回
66	内科		非小細胞肺癌	GEM+CPT-1療法	Day ジェムサール 1000mg/m <sup>2</sup> カナプト 150mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 15 ~ 29 ↓ ↓ ↓ 2週間隔で投与。Day 1, 15投与4週間を1クールとする。 原病の増悪を認めるまで繰り返す。2次治療以降	カナプトにより高度の下痢が生じる可能性があるため、発生時には適切に止痢薬を使用する。
67	外科	岡部 正之	手術不能又は再発乳癌	GEM+ (PTX)	Day ジェムサール 1250mg/m <sup>2</sup> パクリタセル 100mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 8 ~ 15 ~ ... ↓ ↓ (休) ↓ ↓ (休) ジェムサールは週1回2週間投与7日間休薬 パクリタセルは週1回2週間投与7日間休薬併用あり	ジェムサールは30分かけて点滴静注。(60分以上かけると副作用増強) パクリタセルはPVCフリー輸液セット使用。 21日1クール
68	外科		KRAS野生型 切除不能進行再発結腸・直腸癌	ベクティックス単独療法	Day ベクティックス 6mg/kg 1 ~ 15 ~ 29 (14日を1クール) ↓ ↓ ↓ 2週間隔で投与。	ベクティックスはKRAS野生型のみ有効。希釈溶液は生食のみである。 投与時はインラインフィルター (0.2または0.22マイクロ) を通し60分以上かけて点滴静注する。投与前後は生食を用いてフラッシング (洗浄) する。 他剤との混合は避けること。 皮膚疾患マシントを必ず行うこと。

癌化学療法プロトコル一覧

番号	科名	管理医師名	病名	プロトコル名	使用薬剤とスケジュール	備考
69	外科		KRAS野生型切除不能進行再発結腸・直腸癌	ベクテビックス+ FOLFOX-4 (m- FOLFOX-6) 療法	Day 1 2 ~ 14 ベクテビックス 6mg/kg ↓ (休) エルプラット 85mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) レボホナト 100mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(急速静注) 400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(持続静注) 600mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 2週間隔で投与。	詳細については(44) FOLFOX-4及び(68)ベクテビックス単独療法を参考にすること。
70	外科		KRAS野生型切除不能進行再発結腸・直腸癌	ベクテビックス+ FOLFIRI療法	Day 1 ~ 14 ベクテビックス 6mg/kg ↓ (休) カプト 150mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) アイホリン 200mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(急速静注) 400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(持続静注) 2400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 2週間隔で投与。	詳細については(49) FOLFIRI及び(68)ベクテビックス単独療法を参考にすること。
71	内科		進行非小細胞肺癌	GEM+CDDP療法	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 21 ジェムザール 1000mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ランダ 85mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) (休) ジェムザール; 2週投与 (Day1, 8) 1週休薬3週1クールとする。 ランダ ; 1週投与 (Day 1) 2週休薬 3週1クールとする	遅発性悪心・嘔吐対策として、イブドを初日から3日間、ゾファンを2日目から数日間投与する場合がある。 ランダの腎毒性対策として十分な輸液(2000-3000ml)を行い、尿量を確保する。最低でも3日間は補液をする。
72	泌尿器	多田 勝	前立腺癌	Tri-Weeklyタキソテール	Day 1 ~ 2 1 タキテール 70mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) プレドニンを1日2回1回5mgを前立腺癌の治療として使用する。浮腫予防としても効果ある。	1クール3週 タキテールは、浮腫のある患者様には慎重投与。(当院では禁忌) 累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超えると浮腫の発現頻度が高まる。
73	内科		進行非小細胞肺癌	ナバルピン	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 ナバルピン 25mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休) 1回25mg/m <sup>2</sup> を1週間間隔で3週連続投与し、4週目休薬4週間を1クールとする。	白血球減少による死亡例のため、頻回に臨床検査実施して患者の状態を十分に観察。 生食に30mlで希釈し、15分かけて投与、投与中は補液等により薬液を十分洗い流す。 血管漏出時は難治性皮膚潰瘍、皮膚壊死をきたすので、末梢血管より投与する際は血管外漏出に注意し投与する。

74	外科		胃癌	CPT-11/CDDP (Low Dose) 療法	Day カプト 60mg/m <sup>2</sup> ラダ 6mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 ↓ ↓ ↓ (休) (休) 1週間間隔で3週連続投与し、2週間休薬 5週間を1クールとする。	プロトコール4にbiweekly療法あり。
75	外科	岡部 正之	KRAS野生型切除不能進行再発結腸・直腸癌	ベケティックス+CP T-11	Day ベケティックス 6mg/kg カプト 150mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 14 ↓ ↓ (休) (休) 2週間隔で投与。	ベケティックスはKRAS野生型のみ有効。希釈溶液は生食のみである。投与時はインフュージョン（0.2または0.22マイク）を通して60分以上かけて点滴静注する。投与前後は生食を用いてフラッシング（洗浄）する。他剤との混合は避けること。皮膚疾患マネジメントを必ず行うこと。
76	外科		進行再発の胃癌	XP (シプロラチン/カベシタビン) 療法	Day カベシタビン 1000mg/m <sup>2</sup> /回,1日2回 シプロラチン 80mg/m <sup>2</sup> 1 ~ 7 ~ 14 ~ 21 ↓ ↓ (休) (休) (14日間投与7日休薬) カベシタビンは2週間連日投与7日間休薬を1コース以降、21日を1クールとし、このサイクルを繰り返す	カベシタビンの投与量（1錠300mg） 1. 36m <sup>2</sup> 未満・・・1200mg/回 1.36～1.66m <sup>2</sup> ・・・1500mg/回 1.66～1.96m <sup>2</sup> ・・・1800mg/回 1.96m <sup>2</sup> 以上・・・2100mg/回
77	外科		HER2過剰発現進行再発の胃癌	トラスツマブ+XP (シプロラチン/カベシタビン) 療法	Day カベシタビン 1000mg/m <sup>2</sup> /回,1日2回 シプロラチン 80mg/m <sup>2</sup> トラスツマブ 6mg/kg (初回8mg/kg) 1 ~ 7 ~ 14 ~ 21 ↓ ↓ (休) (休) (14日間投与7日休薬) カベシタビンは2週間連日投与7日間休薬を1コース以降、21日を1クールとし、このサイクルを繰り返す	カベシタビンの投与量（1錠300mg） 1. 36m <sup>2</sup> 未満・・・1200mg/回 1.36～1.66m <sup>2</sup> ・・・1500mg/回 1.66～1.96m <sup>2</sup> ・・・1800mg/回 1.96m <sup>2</sup> 以上・・・2100mg/回

癌化学療法プロトコル一覧

78	外科		切除不能 大腸癌	I R I S ± B V療法	<p>Day 1 ~ (14) 15 ~ 29 (28日を1クール)</p> <p>(アバスタン 5mg/kg) ↓ ↓ ↓                      カプト 125g/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓                      TS-1(経口) 80mg/m<sup>2</sup>/日,分2 ↓ ~ ↓ (休) ↓                      アバスタン、カプトは第1日目と第15日目投与                      TS-1は14日連日投与14日休薬                      アバスタン5mg/kgを90分間(初回投与時)かけて点滴静注する。                      (良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。)</p>	<p>カプトにより高度の下痢が生じる可能性があるため、発生時には適切に止痢薬を使用する。</p>
79	外科		切除不能 大腸癌 胃癌(2015年7月追加)	S O X ± B V療法	<p>Day 1 ~ 14 ~ 22 (21日を1クール)</p> <p>(アバスタン 7.5mg/kg) ↓ (休) ↓                      エルプラット 130mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓                      TS-1(経口) 80mg/m<sup>2</sup>/日,分2 ↓ ~ ↓ (休) ↓                      TS-1は14日連日投与7日休薬                      アバスタン、エルプラットは第1日目のみ20日間休薬(1クール)                      アバスタン7.5mg/kgを90分間(初回投与時)かけて点滴静注する。                      (良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。)</p>	<p>21日を1クールにするためTS-1の休薬期間は7日とする。                      胃癌に使用する場合はエルプラットは100mg/m<sup>2</sup>で使用、アバスタンの使用は認められない。</p>
80	外科	岡部 正之	手術不能 又は再発 乳癌	ハラヴェン	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 (21日を1クール)</p> <p>ハラヴェン 1.4mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ (休) ↓                      1回1.4mg/m<sup>2</sup>を2~5分かけて、1週間間隔で2週連続投与し、3週目休薬(21日を1クールとする。)                      アントラサイクリン系又はタキサン系抗悪性腫瘍剤を施行後の患者を対象とする。                      骨髄抑制があらわれることがあるので、頻回に血液検査を行う。</p>	<p>他の抗がん剤と併用しない。                      希釈液は生食のみとする。                      (5%ブドウ糖配合不可)                      下記の基準を満たさない場合は投与の延期又は休薬をする。                      WBC ≥ 1000(初回1500)                      PLATELET ≥ 75000(初回100000)                      非血液毒性: Grade 2以下</p>
81	内科	古賀 康秀	非小細胞 肺癌	CBDCA+P T X (BiWeekly)	<p>Day 1 ~ 15 ~ 29 (14日を1クール)</p> <p>パクリタセル 135mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓                      カホプラチン ( ) mg ↓ ↓ ↓                      第1日目と第15日目投与(14日休薬)                      カホプラチンの投与量計算式(Calvertの式)                      Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) + 25)                      AUC = 3として計算する</p>	<p>過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(投与30分前迄)する。白血球数3000/mm<sup>3</sup>未満もしくは好中球数が1500/mm<sup>3</sup>未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、パクリタセル投与を延期すること。末梢神経障害あり。投与開始後10分間は頻回にバイタルサインのモニタリングを行うこと。                      必ず専用の点滴セットを使用。</p>



癌化学療法プロトコル一覧

82	外科		食道癌 術前・術後 アジュバンド療法	FP (CDDP+5FU) 療法 (食道癌)	Day 1 ~ 5 ~ 22 ~ 26 ツダゲ 80mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(持続静注) 800mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ (終了)	5-FU800mg/m <sup>2</sup> を24時間持続で5日連続投与とする。 再発、切除不能でも使用することがある。
83	外科	岡部 正之	手術不能 又は再発乳癌	Weekly P T X + B V 療法	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 ~ 36 ~ 43 . . . パクリタセル 90mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) ↓ ↓ (休) アバズチン 10mg/kg ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休)	過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(パクリタセル投与30分前迄)する。白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、タセル投与を延期すること。末梢神経障害あり。シスプラチン(ツダゲ)治療歴または併用する場合に増強する可能性あり(用量規制因子)投与開始後10分間は頻回にバikalサインのモニタリングを行うこと。 必ずタセル専用の点滴セットを使用。
84	外科		胆管癌	G E M + T S - 1	Day 1 ~ 8 ~ 14 . 15 ~ 22 ジェムザール 1000mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) ↓ ↓ TS-1(経口) ↓ (休) ↓	ジェムザールは30分かけて点滴静注。(60分以上かけると副作用増強) 21日1クール TS-1の投与量は体表面積により設定する(プロトコル表参照)。
85	外科		切除不能 胃癌	CDDP/CPT-11 (High dose)	Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 29 カナプト 70mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) (休) ↓ ツダゲ 80mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓	プロトコル 4 にbiweekly療法、74にLow dose療法あり イメンド
86	内科	古賀 康秀	小細胞肺癌	CBDC A + E T P	Day 1 ~ 2 ~ 3 ~ 21or29 (1) 2 3 カルボプラチン ( )mg/m <sup>2</sup> ↓ 休 休 エトポシド 80mg/m <sup>2</sup> ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓	投与開始後10分間は頻回にバikalサインのモニタリングを行うこと。 必ず専用の点滴セットを使用 (PVCフリー輸液セット) デキメタゾン1日目は16mg、2,3日目は8mgとする。

ツダゲは初日のみ、5FUは5日間投与。初日から21日を1クールとし、2サイクル行う。

パクリタセルは週1回3週間投与7日間休薬、アバズチンの投与間隔は2週間以上とする。  
アバズチンは初回投与時90分かけて点滴静注する。(良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。)  
パクリタセル副作用発現時は65mg/m<sup>2</sup>まで減量する。

ジェムザール週1回2週間投与7日間休薬  
TS-1は14日間連続投与(1日2回) 7日休薬

カナプトは2週連続投与後2週休薬  
ツダゲは1日目投与後3週休薬  
4週間を1クールとする。

エトポシドは3日連続静注  
カルボプラチンの投与量計算式 (Calvertの式)  
Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25)  
AUC=3として計算する  
3~4週毎投与(21~28日休薬) 4クールまで繰り返す

87	外科		胃噴門部 癌	CPT-11 B法	Day カプト 150mg/m <sup>2</sup> カプトは第1日目と第15日目投与(21日休薬)	1 ~ 15 ~ 36 (36日を1クール) ↓ ↓ (休) ↓	Biweeklyで行うこともある。
88	外科	岡部 正之	KRAS野生 型切除不 能進行再 発結腸・直 腸癌	ベクティビックス+ XELOX療法	Day ベクティビックス 6mg/kg エルプラット 130mg/m <sup>2</sup> ゼローダ 300 (1000mg/m <sup>2</sup> /回), (14日連続投与7日休薬) ベクティビックス、エルプラットは第1日目のみ20日間休薬(1クール) ベクティビックスの投与量は2週間投与量と同じ。	1 ~ 14 ~ 21 ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓ (休) ↓	ゼローダの投与量(1錠300mg) 1.36m <sup>2</sup> 未満・・・1200mg/回 1.36~1.66m <sup>2</sup> ・・・1500mg/回 1.66~1.96m <sup>2</sup> ・・・1800mg/回 1.96m <sup>2</sup> 以上・・・2100mg/回  ベクティビックスはKRAS野生型のみ有効。希釈溶液は生食のみである。投与時はインラインフィルター(0.2または0.22マイクロ)を通し60分以上かけて点滴静注する。投与前後は生食を用いてフラッシング(洗浄)する。他剤との混合は避けること。皮膚疾患マネジメントを必ず行うこと。
89	外科	吉田 純	HER2過剰 発現手術 不能又は 再発乳癌	GEM/PTX+ハー セプチン	Day ハーセプチン 6mg/kg (初回8mg/kg) ジェムサル 1250mg/m <sup>2</sup> パクリタセル 100mg/m <sup>2</sup> ジェムサル/パクリタセルは週1回2週間投与7日間休薬、ハーセプチンは週1回投与14日間休薬とする。21日を1クールとする。 ハーセプチンはLoading doseとして第1日目のみ8mg/kg	1 ~ 8 ~ 15 ~ 22・・・ ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓ (休) ↓	ジェムサルは30分かけて点滴静注。(60分以上かけると副作用増強)パクリタセルはPVCフリー輸液セット使用、さらに過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(投与30分前迄)する。
90	胸部 外科		非小細胞 肺癌	CBDCA+PTX (TriWeekly)	Day パクリタセル 175~210mg/m <sup>2</sup> カルボプラチン ( ) mg/m <sup>2</sup> 第1日目投与後20日休薬 カルボプラチンの投与量計算式 (Calvertの式) Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25) AUC=5もしくは6として計算する BiweeklyCBDCA+PTX (プロトコール81) あり。	1 ~ 21 (22) (21日を1クール) ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓ (休) ↓	過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(投与30分前迄)する。白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髓機能が回復するまで、パクリタセル投与を延期すること。末梢神経障害あり。投与開始後10分間は頻回にバイタルサインのモニタリングを行うこと。必ず専用の点滴セットを使用。

癌化学療法プロトコル一覧

91	胸部外科		非小細胞肺癌	PC (CDDP+PEM)療法	<p>Day                      アムタ 500mg/m<sup>2</sup>                      ランダ 75mg/m<sup>2</sup></p> <p>1 (休)                      ↓ (休)                      21 (22)                      ↓</p> <p>第1日目投与後20日休薬                      アムタ投与7日前よりパンビタン末1g (葉酸0.5g含有) を分1で内服開始する。投与中止または終了する場合は最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。                      アムタ投与7日前よりメコバル注500μg 2A (1mg) を筋注する。以後9週毎 (3クール毎) に投与。アムタ投与中止後も同じ投与方法で本剤の最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。</p>	<p>本剤による重篤な副作用発現を軽減するため、必ず葉酸及びビタミンB12の投与のもとにアムタを投与すること。                      アムタは10分、その後30分後に引き続きランダを120分かけて投与する。                      アムタ投与の前後はルート確保用生食でフラッシングを行うこと。</p>
92	胸部外科		非小細胞肺癌	PEM療法	<p>Day                      アムタ 500mg/m<sup>2</sup></p> <p>1 (休)                      ↓ (休)                      21 (22)                      ↓</p> <p>第1日目投与後20日休薬                      アムタ投与7日前よりパンビタン末1g (葉酸0.5g含有) を分1で内服開始する。投与中止または終了する場合は最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。                      アムタ投与7日前よりメコバル注500μg 2A (1mg) を筋注する (以後9週毎 (3クール毎) に投与)。アムタ投与中止後も同じ投与方法で本剤の最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。</p>	<p>本剤による重篤な副作用発現を軽減するため、必ず葉酸及びビタミンB12の投与のもとにアムタを投与すること。                      アムタは10分かけて投与する。                      アムタ投与の前後はルート確保用生食でフラッシングを行うこと。</p>
93	内科	古賀 康秀	小細胞肺癌	NGT単独療法	<p>Day                      (ル)                      ハカムチン</p> <p>1 2 3 4 5 (休)                      ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ (休) ↓</p> <p>1日1回1mg/m<sup>2</sup>を5日間投与、16日間休薬 (1クール)</p>	<p>主な副作用は血液毒性で、grade3以上の白血球、好中球、血小板減少が高頻度に認める。白血球数1,000/mm<sup>3</sup>未満、または血小板数30,000/mm<sup>3</sup>未満となった場合には、次コースの投与量を0.8mg/m<sup>2</sup>に減量するのが望ましい。                      ハカムチンは30分かけて投与する。</p>
94	胸部外科		非小細胞肺癌	CDDP+vinorelbine療法	<p>Day                      ナベルビン 25mg/m<sup>2</sup>                      ランダ 80mg/m<sup>2</sup></p> <p>1 (休)                      ↓ (休) ↓ (休)                      8 (休) 15 (休) 21</p> <p>ナベルビン ; 2週投与 (Day1, 8) 1週休薬                      ランダ ; 1週投与 (Day1) 2週休薬                      3週1クールとする (4クールまで繰り返す)</p>	<p>白血球減少による死亡例のため、頻回に臨床検査実施して患者の状態を十分に観察。                      ナベルビンは5分かけて投与、投与中は補液等により薬液を十分洗い流す。                      血管漏出時は難治性皮膚潰瘍、皮膚壊死をきたすので、末梢血管より投与する際は血管外漏出に注意し投与する。</p>

95	外科		乳癌	EC (エピルビシン/シロフィオスフェイト) 療法	Day エピルビシン 90mg/m <sup>2</sup> ↓ 1 ~ 20 21 ~ シロフィオスフェイト 600mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ 3週1クールとする	エピルビシンは累積投与量900mg/m <sup>2</sup> を越えない。
96	外科	吉田 純	胃癌	S-1/wPTX療法 (5週1クール)	Day パクリタキセル 50mg/m <sup>2</sup> ↓ 1~8~15~22~29~36... TS-1 80mg/m <sup>2</sup> ↓ (21日間投与14日休薬) パクリタキセル 3投2休 S-1 3投2休	過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(パクリタキセル投与30分前迄)する。抗ヒスタミン剤はボラリス注を使用する。 白血球数3000/mm <sup>3</sup> 未満もしくは好中球数が1500/mm <sup>3</sup> 未満の場合には、骨髓機能が回復するまで、タキセル投与を延期すること。末梢神経障害あり。シプチン(治療歴または併用する場合に増強する可能性あり。(用量規制因子)投与開始後10分間は頻回にバイタルサインのモニタリングを行うこと。 必ずパクリタキセル専用の点滴セットを使用。
				(4週1クール)	Day パクリタキセル 60mg/m <sup>2</sup> ↓ 1~8~15~22~29~... TS-1 80mg/m <sup>2</sup> ↓ (14日間投与14日休薬) パクリタキセル 3投1休 S-1 2投2休	
				(3週1クール)	Day パクリタキセル 50mg/m <sup>2</sup> ↓ 1~8~15~22~... TS-1 80mg/m <sup>2</sup> ↓ (14日間投与7日休薬) パクリタキセル 2投1休 S-1 2投1休	
				S-1/BiwPTX療法 (2週毎)	Day パクリタキセル 120mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ (休) ↓ パクリタキセル 2週毎 S-1 2投2休	
TS-1の投与量 (1錠20mg/25mg) 1. 25mg未満・・・40mg/回 1.25 ~ 1.5mg・・・50mg/回 1.5mg以上・・・60mg/回						

97	外科	吉田 純	手術不能又は再発乳癌	ハラヴェン／ハーセプチン	<p>Day 1 ～ 8 ～ 15</p> <p>ハーセプチン 6mg/kg ↓ (休) (休)</p> <p>ハラヴェン 1.4mg/kg ↓ ↓ (休) (21日を1クール)</p> <p>ハーセプチン 投与初回は8mg/kg 2回目以降は6mg/kg を90分かけて、1週目投与し、2、3週目休薬</p> <p>ハラヴェン 1回1.4mg/m<sup>2</sup>を2～5分かけて、1週間間隔で2週連続投与し、3週目休薬 21日を1クールとする。</p> <p>アントラサイクリン系又はタキサン系抗悪性腫瘍剤を施行後の患者を対象とする。 骨髄抑制があらわれることがあるので、頻回に血液検査を行う。</p>	<p>希釈液は生食のみとする。(5%ブドウ糖配合不可)</p> <p>下記の基準を満たさない場合は投与の延期又は休薬をする。</p> <p>WBC ≥ 1000 (初回1500)</p> <p>PLATELET ≥ 75000 (初回100000)</p> <p>非血液毒性 : Grade 2 以下</p>
98	呼吸器外科		非小細胞肺癌	CBDCA+TS-1 (TriWeekly)	<p>Day 1 ～ 21 (22)</p> <p>(21日を1クール)</p> <p>カルボプラチン ( ) mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>Ts-1 (1回40mg/m<sup>2</sup> 1日2回) 14日投与後7日休薬 第1日目投与後20日休薬 カルボプラチンの投与量計算式 (Calvertの式) Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25) AUC = 5 として計算する</p>	triweeklyCBDCA+PTX (プロトコール90) に対する非劣性が立証されている。
99	外科	吉田 純	HER2陽性手術不能又は再発乳癌	パージェタ／ハーセプチン／ドセタキセル	<p>Day 1 ～ 8 ～ 15</p> <p>ハーセプチン 6mg/kg ↓ (休) (休)</p> <p>パージェタ 420mg/BODY ↓ (休) (休)</p> <p>ワタキテール 75mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) (休)</p> <p>(21日を1クール)</p> <p>ハーセプチン 投与初回は8mg/kg 2回目以降は6mg/kg を90分かけて、1週目投与し、2、3週目休薬</p> <p>パージェタ 投与初回は840mg 2回目以降は420mg を60分かけて、1週目投与し、2、3週目休薬</p>	<p>3剤とも希釈液は生食のみとする。(5%ブドウ糖配合不可)</p> <p>下記の基準を満たさない場合は投与の延期又は休薬をする。</p> <p>WBC ≥ 1000 (初回1500)</p> <p>PLATELET ≥ 75000 (初回100000)</p> <p>非血液毒性 : Grade 2 以下</p> <p>ワタキテールは、浮腫のある患者様には慎重投与。(当院では禁忌)</p> <p>累積投与量が400mg/m<sup>2</sup>を超えると浮腫の発現頻度が高まる、末梢神経障害、爪の変形、流涙あり。</p>

100	呼吸器 外科		非小細胞肺癌	CDDP+Docetaxel 療法	Day ワンタキセル 60mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ ランダ <sup>®</sup> 80mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ 4週間を1クールとして、第1日目に入れる。	遅発性悪心・嘔吐対策として、イモド <sup>®</sup> を初日から3日間、ゾフランを2日目から数日間投与する場合がある。 ランダ <sup>®</sup> の腎毒性対策として十分な輸液(2000~3000ml)を行い、尿量を確保する。最低でも3日間は補液をする。 ワンタキセルは、浮腫のある患者様には慎重投与。(当院では禁忌)累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超えると浮腫の発現頻度が高まる、末梢神経障害、爪の変形、流涙あり。
101	外科	吉田 純	治癒切除不能な膀胱癌	mFOLFIRINOX	Day エルブ <sup>®</sup> ラット 85mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 14 カナブト 150mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) レボ <sup>®</sup> ホリナト 200mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 5-FU(持続静注) 2400mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) 2週間隔で投与。 エルブ <sup>®</sup> ラット85 mg/m <sup>2</sup> 2時間かけ点滴静注する。 レボ <sup>®</sup> ホリナト200mg/m <sup>2</sup> を2時間かけ点滴静注する。 カナブト150mg/m <sup>2</sup> は側管よりレボ <sup>®</sup> ホリナト投与開始30分から90分かけて点滴静注する。 引き続き5-FU2400mg/m <sup>2</sup> を46時間かけて持続静注する。	骨髄機能抑制・発熱性好中球減少症の発現頻度が高く、重症感染症(敗血症等)を引き起こすおそれがある。特に8日目の検査結果に注意し、頻回の臨床検査を実施すること。 禁忌事項に1つでも該当する場合は実施しないこと(FOLFIRINOX療法適正使用のお願い参照)。 カナブトにより高度の下痢が生じる可能性があるため、発生時には適切に止痢薬を使用する。
102	内科	古賀 康秀	非小細胞肺癌	CBDCA+Docetaxel療法	Day ワンタキセル 60mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ カルボプラチン( ) mg/m <sup>2</sup> ↓ (休) ↓ 3~4週間を1クールとして、第1日目に入れる。 第1日目投与後20日休薬 カルボプラチンの投与量計算式(Calvertの式) Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25) AUC=5もしくは6として計算する 類似プロトコール BiweeklyCBDCA+PTX (プロトコール81) TriweeklyCBDCA+PTX (プロトコール90) CDDP+DOC (プロトコール100)	1クール4週の場合あり。 タキセルは、浮腫のある患者様には慎重投与。 (当院では禁忌)累積投与量が400mg/m <sup>2</sup> を超えると浮腫の発現頻度が高まる、末梢神経障害、爪の変形、流涙あり。

103	外科	吉田 純	乳癌 胃癌	Nab-P T X	<p>Day アブラキサン 260mg/m<sup>2</sup> 1 ~ 21 ↓ (休) ↓</p> <p>1日1回投与後20日間休薬する。これを1クールとして、繰り返す。</p>	<p>1バイアルあたり生食20mlで溶解すること（泡立ち注意）。調製した懸濁液の必要量をバイアルから抜き取り事前に空にした生食100mlの容器にゆっくり注入すること。アブラキサンはフィルターなし輸液セットを使用 製造番号確認（特定生物由来製剤）</p>
104	外科	吉田 純	膵癌	Nab P T X+G E M	<p>Day ゲムシリン 1000mg/m<sup>2</sup> 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ~ ... アブラキサン 125mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) ↓</p> <p>週1回投与を3回連続し4週目休薬する。これを1コースとして投与を繰り返す。</p>	<p>プロトコール103注意事項参照 アブラキサン前後は生食でフラッシュすること。</p> <p>2015年3月12日更新</p>
105	外科	吉田 純	切除不能 大腸癌	ロンサーフ+B V	<p>Day アバスチン (5mg/kg) 1 ~ 14 ~ 28 ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ロンサーフ35mg/m<sup>2</sup>/回,1日2回 ↓ ~ ↓ (休) ↓</p> <p>アバスチンは2週毎に投与（1クール2回） ロンサーフは5日連続投与後2日間休薬、これを2回繰り返した後14日間休薬する。 1クール28日とする。</p>	<p>白血球数3000/mm<sup>3</sup>未満もしくは好中球数が1500/mm<sup>3</sup>未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、残ソール投与を延期すること。</p> <p>2015年7月1日更新</p>
106	外科	吉田 純	治癒切除不能な進行再発の胃癌	サイラムザ+ Weekly P T X	<p>Day サイラムザ 8mg/kg 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ パクリタセル 80mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) ↓</p> <p>パクリタセルは週1回3週連続投与7日間休薬、サイラムザは2週毎の投与とする。28日を1クールとする。 注意 (Day8はパクリタセルのみ)</p>	<p>支援療法としてファモチジン、ボララミン、デキサメタゾン、グラニセトロンを前投与する。サイラムザはインヒュージョンリアクション確認のため、最初の2クール（4回）経過観察1時間を設定する。</p>
107	外科	吉田 純	治癒切除不能な進行再発の胃癌	サイラムザ単独	<p>Day サイラムザ 8mg/kg 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ↓ ↓ ↓ ↓ ↓</p> <p>2週に1回投与を繰り返す</p>	<p>支援療法としてボララミンを前投与する。最初の2クール（4回）はインヒュージョンリアクションの確認をする。</p> <p>2015年7月14日更新</p>

108	内科	古賀 康秀	非小細胞肺癌	TriWeeklyCBDC A+Nab-PTX	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~</p> <p>アブラキサン 100mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>カルボプラチン ( ) mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>アブラキサンは毎週投与する (すくなくとも6日間休薬)</p> <p>カルボプラチンは3週間を1クールとして第1日目に入れる。</p> <p>第1日目投与後20日休薬</p> <p>カルボプラチンの投与量計算式 (Calvertの式)</p> <p>Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25)</p> <p>AUC=3として計算する</p> <p>類似プロトコール</p> <p>BiweeklyCBDC+PTX (プロトコール81)</p> <p>TriweeklyCBDC+PTX (プロトコール90)</p>	<p>プロトコール103注意事項参照</p> <p>アブラキサン前後は生食でフラッシュすること。</p> <p>2015年8月13日更新</p>
109	外科	吉田 純	治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	サイラムザ+ FOLFIRI療法	<p>Day 1 ~ 14</p> <p>サイラムザ 8mg/kg ↓ (休)</p> <p>イリリガン 150mg/m<sup>2</sup> ↓ (休)</p> <p>レボホリナト 200mg/m<sup>2</sup> ↓ (休)</p> <p>5-FU(急速静注) 400mg/m<sup>2</sup> ↓ (休)</p> <p>5-FU(持続静注) 2400mg/m<sup>2</sup> ↓ (休)</p> <p>2週間隔で投与。</p>	<p>支援療法としてボララミンを前投与する。</p> <p>最初の2クールはインヒュージョンリアクションの確認をする。</p> <p>サイラムザの希釈液は生食のみとする。(5%ブドウ糖配合不可) 投与時はインラインフィルター(0.2または0.22マイクロ)を通し60分以上かけて点滴静注する。</p> <p>2016年12月5日更新</p>
110	内科	古賀 康秀	非小細胞肺癌	CBDC+PEM療法	<p>Day 1 ~ 21 (22) 21日を1クール</p> <p>アリムタ 500mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>カルボプラチン ( ) mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>第1日目投与後20日休薬</p> <p>アリムタ投与7日前よりパンビタン末1g(葉酸0.5g含有)を分1で内服開始する。投与中止または終了する場合は最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。アリムタ投与7日前よりメチコバル注500μg 2A (1mg)を筋注する。以後9週毎(3クール毎)に投与。アリムタ投与中止後も同じ投与方法で本剤の最終投与日から22日目まで可能な限り投与する</p> <p>カルボプラチンの投与量計算式 (Calvertの式)</p> <p>Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25)</p> <p>AUC=5として計算する</p> <p>類似プロトコール</p> <p>TriweeklyCDDP+PEM (プロトコール91)</p> <p>PEM単独投与 (プロトコール92)</p>	<p>本剤による重篤な副作用発現を軽減するため、必ず葉酸及びビタミンB12の投与のもとにアリムタを投与すること。</p> <p>アリムタは10分かけて投与する。</p> <p>アリムタ投与の前後はルート確保用生食でフラッシングを行うこと。</p>





115	外科	良永 康雄	HER2過剰発現が確認された治癒切除不能な進行・再発の胃癌	ハーセプチン+パクリタキセル	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 29 . . .</p> <p>ハーセプチン 6mg/kg (初回8mg/kg) ↓ ↓ ↓ ↓ (休)</p> <p>パクリタキセル 80mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ ↓ (休)</p> <p>ハーセプチンは週1回投与21日間休薬とする。28日を1クールとする。パクリタキセルは3週投与後1週休薬とする。 ハーセプチンはLoading doseとして第1日目のみ8mg/kg、2回目以降6mg/kgとする。</p>	<p>パクリタキセルはPVCフリー輸液セット使用</p> <p>さらに過敏反応予防の為、必ず前投薬を投薬を実施(投与30分前迄)する。</p> <p>平成30年3月6日</p>
116	外科	吉田 純	切除不能進行・再発胃癌	(Weekly) Nab-PTX+サイラムザ	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ~ . . .</p> <p>アブラキサン 100mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (休) ↓</p> <p>サイラムザ 8mg/kg ↓ (休) ↓ (休) ↓</p> <p>週1回投与を3回連続し4週目休薬する。これを1コースとして投与を繰り返す。 類似プロトコール (Weekly) Nab-PTX (胃癌) (プロトコール114) サイラムザ+ (Weekly) PTX (胃癌) (プロトコール106)</p>	<p>サイラムザの希釈液は生食のみとする。(5%ブドウ糖配合不可) 投与時はインラインフィルター(0.2または0.22マイクロ)を通し60分以上かけて点滴静注する。 アブラキサン前後は生食でフラッシュすること。ルート交換を行う(フィルターなし)</p> <p>平成30年5月7日</p>
117	外科	吉田 純	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発胃癌	オブジーボ	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ~ . . .</p> <p>オブジーボ 240mg/dody ↓ (休) ↓ (休) ↓</p> <p>1回240mg/dodyを2週間隔で点滴静注する。</p>	<p>インラインフィルター(0.2または0.22マイクロ)を通し60分以上かけて点滴静注する。 過度の免疫反応による副作用マネジメントを行う。 間質性肺疾患、甲状腺機能障害、1型糖尿病、重度の皮膚障害など。</p> <p>平成30年7月2日</p>
118	内科	古賀 康秀	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	オブジーボ	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ~ . . .</p> <p>オブジーボ 240mg/dody ↓ (休) ↓ (休) ↓</p> <p>1回240mg/dodyを2週間隔で点滴静注する。</p>	<p>インラインフィルター(0.2または0.22マイクロ)を通し60分以上かけて点滴静注する。 過度の免疫反応による副作用マネジメントを行う。 間質性肺疾患、甲状腺機能障害、1型糖尿病、重度の皮膚障害など。</p> <p>平成30年7月2日</p>

119 120	呼吸器 外科	濱田 利徳	非小細胞肺癌	Short-Hydration P C (CDDP+PE M) 療法+ (B V)	<p>Day 1 ~ 21 (22)</p> <p>21日を1クール (アバシフ) 7.5mg/kg ↓ ↓ アリムダ 500mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓ ランタ 75mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>第1日目投与後20日休薬 アリムダ投与7日前よりパンビタン末1g (葉酸0.5g含有) を分1で内服開始する。投与中止または終了する場合は最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。 アリムダ投与7日前よりアコパール注500μg 2A (1mg) を筋注する。以後9週毎 (3クール毎) に投与。アリムダ投与中止後も同じ投与方法で本剤の最終投与日から22日目まで可能な限り投与する。 類似プロトコール P C (CDDP+PEM) 療法 (プロトコール91)</p>	<p>本剤による重篤な副作用発現を軽減するため、必ず葉酸及びビタミンB12の投与のもとにアリムダを投与すること。 アリムダは10分、その後30分後に引き続きランタを90分かけて投与する。</p> <p>平成30年11月14日</p>
121	呼吸器 外科	濱田 利徳	非小細胞肺癌	CBDCA+PTX (Triweekly) 療法+ B V	<p>Day 1 ~ 21 (22)</p> <p>21日を1クール アバシフ 7.5mg/kg ↓ ↓ パクリタセル 175~210mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓ カルボプラチン ( ) mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>第1日目投与後20日休薬 カルボプラチンの投与量計算式 (Calvertの式) Target AUC (mg/ml×min) × (GFR (ml/min) +25) AUC=5もしくは6として計算する 類似プロトコール CDDP+PTX (Triweekly) 療法 (プロトコール90)</p>	<p>過敏反応予防の為、必ず前投薬を実施(投与30分前迄)する。白血球数3000/mm<sup>3</sup>未満もしくは好中球数が1500/mm<sup>3</sup>未満の場合には、骨髄機能が回復するまで、パクリタセル投与を延期すること。末梢神経障害あり。 投与開始後10分間は頻回にバイタルサインのモニタリングを行うこと。 必ず専用の点滴セットを使用。</p> <p>平成30年11月14日</p>
122	外科	良永 康雄	HER2陽性の手術不能又は再発乳癌	カドサイラ療法	<p>Day 1~8~15~22 (29)~...</p> <p>カドサイラ点滴 3.6mg/kg ↓ (休) ↓</p> <p>1回3.6mg/kgを3週間隔で点滴静注する。</p>	<p>HER2陽性の検査必要。トラスツマブ及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による化学療法の治療歴がある患者に投与する。 重篤な事象として血小板減少、重度の出血肝機能障害、肝不全、末梢神経障害などが報告されている。 必ず専用の点滴セットを使用。</p> <p>令和元年6月24日</p>

123	外科	吉田 純	がん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/ml以上の切除不能な肝細胞癌	サイラムザ <sup>®</sup> 単独療法	Day サイラムザ <sup>®</sup> 8mg/kg 2週に1回投与を繰り返す  類似プロトコール サイラムザ <sup>®</sup> 単独療法（胃癌）（プロトコール107）	1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	支援療法としてボララミンを前投与する。 最初の2クール（4回）はインヒュージョンリアクションの確認をする。 必ず専用の点滴セットを使用。
124	乳腺外科	良永 康雄	PD-1陽性のHER2陽性/ER2陰性の手術不能又は再発乳癌	テセントリク+ (Weekly) Nab-PTX	Day アブラキサン 100mg/m <sup>2</sup> テセントリク 840mg/body  アブラキサンは週1回投与を3回連続し4週目休薬する。テセントリクは2週ごととする。これを1コースとして投与を繰り返す。	1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 (29) ~ . . . ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ↓ ↓ ↓ (休) ↓	テセントリク投与時はインラインフィルター（0.2または0.22マイクロ）を通し30分かけて点滴静注する（初回は60分）。アブラキサン前後は生食でフラッシュすること。またアブラキサン投与時はルート交換を行う（フィルターなし）乳癌E法の用法・用量を使用する（2019年9月改定）。
125	外科	吉田 純	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する固形癌	キイトルーダ <sup>®</sup> 単独療法	Day キイトルーダ <sup>®</sup> 200mg/Body 400mg/Body  2020年8月 用量及び用法変更あり すべての適応症において「1回200mgを3週間間隔又は1回400mgを6週間間隔で30分かけて点滴静注」	1 ~ 8 ~ 15 ~ 22 ~ 44 . . . ↓ (休) ↓ ↓ ↓ (休) ↓ ↓	インラインフィルター（0.2または0.22マイクロ）を通して30分かけて点滴静注する。用量は200mg固定量。 過度の免疫反応による副作用マネジメントを行う。 間質性肺疾患、甲状腺機能障害、1型糖尿病、重度の皮膚障害など。 免疫チェックポイント製剤
126	外科	吉田 純	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な膵癌	オニバイド <sup>®</sup> ・フルオロウラシル併用療法	Day オニバイド <sup>®</sup> 70mg/m <sup>2</sup> フルオロウラシル 200mg/m <sup>2</sup> 5-FU(持続静注) 2400mg/m <sup>2</sup>  2週間隔で投与。	1 ~ 14 ↓ (休) ↓ (休) ↓ (休)	間質性肺炎が疑われる患者ではオニバイド <sup>®</sup> の使用を中止すること。 オニバイド <sup>®</sup> 調整方法及び投与方法については、「オニバイド <sup>®</sup> 点滴静注43mg調整法ガイド」を参照して、的確に行うこと。

令和元年9月4日更新

令和元年12月2日更新

令和2年2月14日更新（令和2年8月改定）

令和2年7月8日更新

127	外科	高木 克明	切除不能再発結腸・大腸癌	mFOLFOXIRI+BV (Triplet+BV)	<p>Day 1 ~ 14 (15)</p> <p>ベバシマブ 5mg/kg ↓ (休) ↓</p> <p>イリテカン 150mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>エルプラット 85mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>レボリナト 200mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>5-FU(持続静注) 2400mg/m<sup>2</sup> ↓ (休) ↓</p> <p>2週間隔で投与。</p> <p>類似プロトコール FOLFIRINOX (腺癌) (プロトコール101) 使用薬剤は同じだが、イリテカンとエルプラットの順番が異なるので注意！</p>	<p>骨髄機能抑制・発熱性好中球減少症の発現頻度が高く、重症感染症(敗血症等)を引き起こすおそれがある。特に8日目の検査結果に注意し、頻回の臨床検査を実施すること。</p> <p>イリテカンにより高度の下痢が生じる可能性があるため、発生時には適切に止痢薬を使用する。</p> <p>令和2年7月8日更新</p>
128	外科	三笠 圭太	RAS遺伝子野生型の治癒切除不能な進行再発の結腸・直腸癌	アベツクス+mFOLFIRI療法	<p>Day 1 ~ 8 ~ 15 ~ . . .</p> <p>アベツクス 250mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓ (初回400mg/m<sup>2</sup>) ↓</p> <p>イリテカン 150mg/m<sup>2</sup> (休) ↓</p> <p>レボリナト 200mg/m<sup>2</sup> (休) ↓</p> <p>5-FU(急速静注) 400mg/m<sup>2</sup> (休) ↓</p> <p>5-FU(持続静注) 2400mg/m<sup>2</sup> (休) ↓</p> <p>アベツクス毎週、mFOLFIRIは2週毎に投与する。 アベツクスは初回は400mg/m<sup>2</sup>を2時間かけて、2回目以降は250mg/m<sup>2</sup>を1時間かけて点滴静注する。</p> <p>類似プロトコール アベツクス+CPT11 (プロトコール 58)</p>	<p>アベツクスは重度のinfusion reactionが発現する可能性があるため抗ヒスタミン剤・副腎皮質ホルモン剤を前投与する。症状としては、気管支痙攣、蕁麻疹、低血圧、意識障害、ショックがあらわれ、心筋梗塞、心停止も報告されている。アベツクス投与終了後経過観察として1時間は次の投与をあける(生食60分投与)。</p> <p>令和3年3月11日更新</p>
129	外科	高木 克明	治癒不能な進行・再発の胃癌	SP (シスプラチン/S-1) 療法	<p>Day 1 ~ 7 ~ 14 ~ 21</p> <p>S-1 80mg/m<sup>2</sup>/日 ↓ ~ ↓ (休) (14日間投与 7日休薬)</p> <p>シスプラチン 60mg/m<sup>2</sup> ↓</p> <p>S-1は2週間連日投与 7日間休薬を1コース以降 21日を1クールとし、このサイクルを繰り返す</p> <p>類似プロトコール TriweeklyCDDP/S-1 (プロトコール 56) XP (シスプラチン/カペシタビン) 療法 (プロトコール 76)</p>	<p>SP療法におけるシスプラチン使用量は60mg/m<sup>2</sup></p> <p>XP療法におけるシスプラチン使用量は80mg/m<sup>2</sup></p>
130	外科	高木 克明	HER2過剰発現が確認された治癒不能な進行・再発の胃癌	トラスツマブ+S P (シスプラチン/S-1) 療法	<p>Day 1 ~ 7 ~ 14 ~ 21</p> <p>S-1 80mg/m<sup>2</sup>/日 ↓ ~ ↓ (休) (14日間投与 7日休薬)</p> <p>シスプラチン 60mg/m<sup>2</sup> ↓</p> <p>トラスツマブ 6mg/kg ↓ (初回8mg/kg)</p> <p>S-1は2週間連日投与 7日間休薬を1コース以降 21日を1クールとし、このサイクルを繰り返す</p> <p>類似プロトコール トラスツマブ+XP療法 (プロトコール 77)</p>	<p>トラスツマブは初回8mg/kg、2回目以降6mg/kg</p>

1 3 1	外科	良永 康雄	切除不能再発結腸・大腸癌	S-1+ベバシズマブ	<p>Day 1 ～ 14 ～ 22</p> <p>21日を1クール</p> <p>ベバシズマブ 7.5mg/kg ↓ (休) ↓</p> <p>S-1(経口) 80mg/m<sup>2</sup>/日,分2 ↓ (休) ↓</p> <p>TS-1は14日連日投与7日休薬</p> <p>ベバシズマブは第1日目のみ20日間休薬(1クール)</p> <p>ベバシズマブ7.5mg/kgを90分間(初回投与時)かけて点滴静注する。</p> <p>(良好であれば2回目60分、さらに良好であればそれ以降30分でよい。</p> <p>類似プロトコール</p> <p>S O X療法+BV (プロトコール 79)</p>	<p>TS-1の投与量</p> <p>&lt; 1.25m<sup>2</sup> . . . 40mg/回</p> <p>1.25 ~ 1.5m<sup>2</sup> . . . 50mg/回</p> <p>&gt; 1.5m<sup>2</sup> . . . 60mg/回</p> <p>令和3年7月14日更新</p>
-------------	----	-------	--------------	------------	---	---